

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 335

De la Gastro-entéro anastomose
chez les vieillards
en cas de Sténose pylorique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul ZIMMERMANN

né le 8 Février 1892, à Dijon (Côte-d'Or)



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 335

De la Gastro-entéro anastomose
chez les vieillards
en cas de Sténose pylorique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raoul ZIMMERMANN

né le 8 Février 1892, à Dijon (Côte-d'Or)



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

1920

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESTUT,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques Chirurgicales	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique de maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	LEPINE
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL
Clinique des maladies des femmes.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie, physiothérapie.....	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL
Matière médicale et Botanique.....	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUILART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie.....	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	VILLARD,
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING F.
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Embryologie	X	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	X.....	—
Clinique infantile	X.....	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.....,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	Chargés des fonctions d'agrége :
BARRAL	BRETIN	SAVY	MM.
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	FAVRE
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	
	GARIN	ROUBIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIC, Président ; M. ARLOING, Assesseur ;
M. SAVY, Prof. agrégé ; M. SARVONAT, Prof. agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE MON PÈRE
LE DOCTEUR ZIMMERMANN

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON NEVEU

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHIERS

A LA MÉMOIRE DE CEUX QUI SONT TOMBÉS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous lui adressons ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et nous aider de ses conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux

Nous lui adressons tous nos remerciements pour les observations qu'il a eu l'obligeance de nous communiquer et pour l'amabilité avec laquelle il nous a guidé dans notre travail.

A MES MAITRES

de la Faculté et de l'Ecole du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

Parmi les malades qui se présentent dans les hôpitaux, il n'est pas rare de rencontrer le type suivant : Il s'agit d'un vieillard, amaigri, affaibli, se plaignant de douleurs persistantes et de continuels vomissements. On l'examine, on le radioscopie et l'on diagnostique une sténose pylorique, sans préciser le plus souvent quelle en est l'étiologie.

On l'hospitalise et quelques jours plus tard les visites passent à côté de lui sans que personne ne lui attache plus grand intérêt : c'est un homme voué à une mort certaine, plus ou moins rapide, plus ou moins douloureuse. L'opérer? Inutile, il n'y résisterait pas!

Et le malade, continuant à vomir tout ce qu'il absorbe, s'affaiblissant chaque jour davantage, meurt lentement, à moins qu'une péritonite ou une hémorragie ne vienne brusquement l'enlever et terminer ses souffrances.

Guérir dans certains cas, ou tout au moins soulager, voilà les deux buts que MM. Patel et Bonnamour se sont proposés d'atteindre, réagissant dans ce cas,

contre des idées qui avaient assez généralement cours jusqu'à présent.

Nous remercions M. le Professeur Pic du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance, ainsi qu'à MM. Patel et Bonnamour, pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont communiqué leurs observations et guidé dans notre travail.

A tous nos maîtres, nous rendons un respectueux hommage.

1.- De la Sténose pylorique chez les vieillards

CARACTERES GENERAUX

Les accidents de la sténose pylorique, assez fréquents chez le vieillard, reconnaissent deux causes : l'ulcère et le cancer.

Dans une thèse en 1901, de M. Sabatié, sur l'ulcère du pyllore, on trouve que dans 8 cas sur 37, de sténose pylorique, il s'agissait de personnes ayant dépassé la cinquantaine. Cela n'a rien d'étonnant, puisque nous savons qu'il existe des ulcères à rechutes dont les poussées sont très éloignées les unes des autres et dont les dernières manifestations peuvent se produire seulement pendant la vieillesse. (Témoin un homme dont les douleurs et les vomissements commencèrent en 1867, à l'âge de 24 ans. Il est fort probable qu'il y eut à ce moment une poussée d'ulcus. Cet homme entra, à l'âge de 70 ans, c'est-à-dire 46 ans plus tard, dans le service de M. Mathieu avec les phénomènes de sténose pylorique. Gastro-entérostomie, au cours de laquelle on constate qu'il s'agit d'une sténose d'origine ulcéreuse, et non cancéreuse.)

D'un autre côté, nous savons aussi que, selon toute vraisemblance, des ulcus chroniques, des ulcères cal-leux, peuvent persister pendant très longtemps, que les malades qui en sont porteurs peuvent survivre pendant de longues années, de telle sorte qu'ils donnent à un moment donné l'impression d'avoir, si la lésion date depuis longtemps, un ulcéro-cancer, succédant à un cancer simple, ou si la lésion est relativement plus récente, depuis 1 à 2 ans, d'un cancer à marche lente.

La sténose pylorique peut se produire comme phénomène ultime d'un ulcus du pylore, dont les premières poussées ont eu lieu très longtemps auparavant. Chez le malade, dont nous avons résumé plus haut l'observation, les phénomènes de sténose pylorique ne se sont pas produits chez lui, comme cela peut se voir chez certains malades, à la suite d'une dernière poussée ou par l'extension progressive d'un ulcus devenu permanent, mais le rétrécissement s'est installé doucement, en raison, semble-t-il, de la rétraction cicatricielle lente, de lésions qui remontaient à une date très éloignée.

Donc, il faut retenir, dans une catégorie particulière, la sténose cicatricielle d'origine ulcéreuse, survenant tardivement chez les vieillards.

Mais le plus souvent, chez le vieillard, la sténose pylorique est d'origine cancéreuse. Le diagnostic en est facile quand il s'agit d'un néoplasme avancé. Dans ce cas, l'anorexie élective, la teinte jaune paille, la cachexie, le vomissement mare de café, la présence parfois d'une tumeur imposent d'emblée, la certitude de la nature maligne du processus sténosant. Mais il n'en est pas toujours ainsi et le diagnostic entre l'ulcère et le cancer est

parfois loin d'être aussi aisé. Le doute n'est parfois tranché qu'à l'examen des pièces. Et encore ! Différentes circonstances font, en effet, que les deux affections donnent parfois des symptômes assez analogues.

I. En premier lieu, l'ulcère à un âge avancé s'accompagne souvent de tumeur : Il se produit, dans ce cas, de la périgastrite limitée donnant lieu à des indurations de la paroi et à des adhérences autour de l'estomac et de la région pylorique et duodénale. La présence de cette tumeur oriente naturellement le diagnostic vers le cancer. Témoin cette malade dont Jaboulay nous a donné l'observation devenue classique. Il s'agit d'une personne âgée ayant subi trois laparotomies. A la première, on trouve une tumeur à la partie postérieure de la petite courbure, tumeur qui est jugée vraisemblablement cancéreuse. Six mois plus tard, nouvelle opération : la tumeur a doublé de volume. Deux mois plus tard : 3^e laparatomie. La tumeur a disparu : il s'agissait d'une périgastrite développée autour d'un ancien ulcus de la petite courbure.

II. En second lieu, et la confusion est alors fatale, certains ulcères deviennent à la longue cancéreux. C'est ce que l'on a nommé l'ulcéro-cancer. Seul l'examen histologique pourra révéler si la pièce est cancéreuse ou non.

Chez le vieillard, ce sont surtout les symptômes généraux qui passent au premier plan. Si, souvent la sténose pylorique présente les mêmes symptômes chez le vieillard que chez l'adulte, il n'en reste pas moins que cette complication ne se traduit parfois chez les gens

âgés que par de la dénutrition, de l'amaigrissement, conduisant à la cachexie. Ce pronostic d'une sténose pylorique, chez le vieillard, est naturellement d'abord celui de la lésion causale : ulcus ou cancer. Mais un facteur supplémentaire entre en ligne de compte : celui de l'oblitération pylorique et de la dénutrition qui en résulte. A l'affaiblissement résultant des suintements, des hémorragies, des mélœnas, vient s'ajouter celui qui provient de ce que le vieillard ne peut plus s'alimenter. Dans ces conditions, l'amaigrissement s'accélère, la cachexie s'installe et le malade s'achemine rapidement vers la mort.

II.- De la possibilité d'opérer avec succès les vieillards de la Gastro-entérostomie

L'influence du traumatisme opératoire sur les vieillards a toujours été considérée comme extrêmement fâcheuse. Ce n'est guère qu'en 1892 que M. Blum, le premier, publie son mémoire sur les opérations chez les vieillards et essaie de démontrer que contrairement aux idées régnantes, les opérations à un âge avancé ne présentent pas de gravité particulière.

Et d'abord, une question se pose tout naturellement à l'esprit. A partir de quel âge, les opérations affecteraient-elles cette gravité devant laquelle reculaient jusqu'ici les chirurgiens. En somme, à quel âge commence la vieillesse. Il est difficile de le préciser. Pour Hippocrate, la vieillesse ne commence qu'à 56 ans, pour Daubenton à 63 ans, pour Flourens à 70 ans M. Pic et Bonnamour admettent, avec Ch. Robin, que la vieillesse proprement dite commence après 60 ans. Pour les statistiques hospitalières, il a été choisi une limite un

peu plus élevée et l'on n'a compté comme vieillards que des sujets d'au moins 65 ans.

A vrai dire, la vieillesse est déterminée moins par le nombre des années que par l'état des organes. Fleury disait jadis, dans son cours d'hygiène : « Il y a certainement des vieillards de 60, 40 et même 20 ans. C'est-à-dire, il y a aussi des vieillards jeunes, actifs, entreprenants, malgré leurs rides et leurs cheveux blancs. »

Nous n'insisterons pas sur les conditions qui interviennent pour produire cette vieillesse plus ou moins précoce : les conditions hygiéniques, le climat, la race, le sexe, la profession, etc.

A l'heure actuelle où les perfectionnements importants apportés aux méthodes chirurgicales, et l'antisepsie rigoureuse font l'honneur de notre temps, il nous semble que le chirurgien peut, sans trop de crainte, opérer sur certains vieillards.

Sous le nom de certains vieillards, nous voulons comprendre ceux dont les organes ne sont pas encore dans un état de déchéance organique tel qu'ils ne puissent subir une intervention chirurgicale. Mais si le vieillard a le cœur normal, si le système artériel n'est pas athéromateux, ou si l'athérome est peu prononcée, l'abstention est-elle indiquée? Si le vieillard est vigoureux, résistant, ne présente pas de prédispositions morbides, n'est pas atteint d'une maladie chronique, débilitante, si son système nerveux, si ses poumons, ses reins fonctionnent normalement, ou ne présentent pas d'altérations considérables, si le malade n'est pas un diabétique, le chirurgien est-il en droit de rejeter une intervention?

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

Dans la thèse de Gojansky (Paris 1895) traitant des opérations sur les vieillards, nous voyons que les insuccès s'expliquent par l'albuminurie, par une gomme pulmonaire, des altérations profondes du foie et des reins, l'alcoolisme, la cachexie, le diabète.

Les insuccès opératoires n'étaient nullement dus à l'âge avancé des malades. Les causes de la mort étaient tantôt des complications dont l'adulte n'est pas exempt, tantôt des intoxications comme l'alcoolisme, l'albuminurie ou le diabète.

L'alcoolisme, le paludisme, la syphilis et bien d'autres maladies constitutionnelles ont une influence très fâcheuse sur les résultats opératoires et les individus atteints de ces maladies rentrent dans la catégorie des inopérables, que l'on a heureusement caractérisés en disant qu'ils sont atteints de « sénilité précoce ».

Et à ce propos il n'est pas sans intérêt de résumer les observations de Gojansky.

Les 14 premières traitent de malades de 60 à 80 ans, ayant subi des amputations ou des désarticulations.

Puis viennent les observations de 7 malades âgés, auxquels différentes tumeurs sont enlevées. Des cures radicales de hernies sont exécutées. Gojansky en donne 7 observations. Une malade de 64 ans subit une cholecystenterostomie.

En somme : une trentaine de cas concernant des malades âgés (l'un d'eux avait 102 ans). La plupart ont parfaitement guéri.

Devant ces résultats nous sommes en droit de nous demander pourquoi la gastro-entérostomie ne donnerait pas les mêmes résultats.

Nous devons à l'amabilité de MM. Patel et Bonnamour les observations suivantes concernant 3 vieillards qui furent opérés de la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay, par M. Patel, pour des sténoses pyloriques.

L'opération pour chacun d'eux réussit parfaitement. L'un d'eux que nous avons vu tout dernièrement est en parfait état de santé et ne cesse d'engraisser.

III.- Observations

OBSERVATION I

G..., 71 ans, chauffeur.

Le malade vient de St-Eucher, se plaint de douleurs gastriques et de vomissements.

A. H. Père mort d'affection pulmonaire, mère d'affection inconnue. 1 frère mort à la guerre de 1870, un autre frère est en excellente santé. Sœur morte à 43 ans d'affection inconnue. Un frère mort à 25 ans de tuberculose.

A. P. Marié à 45 ans. Femme morte d'accident (fracture du rachis). Aucune affection antérieure. En 1914 le malade travaillant dans une ferme où il se surmena commença à avoir quelques renvois après les repas. Il entre à l'hôpital de Trévoux où il fit deux séjours, dont l'un de deux mois, pour troubles digestifs. Il revint ensuite à Lyon où il suit un régime presque uniquement lacté. En 1917 fait un séjour à St-Pothin pour eczéma de la paroi abdominale (?). A cette époque le malade se plaint toujours de troubles gastriques qui s'accroissent même, le malade ayant eu des vomissements abon-

dants. A la sortie de l'hôpital, il rentre à l'hospice des vieillards de la Guillotière.

Après un mois, les douleurs se sont accentuées, les vomissements se sont répétés et la constipation s'est établie de plus en plus. De plus, le malade a des vomissements aqueux assez abondants, calmant les douleurs. Le malade a considérablement maigri. Pèse 49 kilos.

Examen. — Le teint est assez bien conservé. Le malade se plaint de douleurs gastriques après l'ingestion des aliments, douleurs calmées par les régurgitations et les vomissements. Vomissements abondants tous les 3 ou 4 jours, de couleur brune. Selles noirâtres. Constipation assez prononcée. Douleur à la pression, au creux épigastrique. On a l'impression au niveau du pylore d'une légère tuméfaction, douée d'une certaine mobilité. Tension intermittente de l'estomac. Ondulations plus ou moins nettes. Pas de ganglions de Troisier. Langue bonne, humide. Aucune douleur laryngée.

18-12-19. — Examen radioscopique. L'estomac paraît peu dilaté et ptosé. Contractions nombreuses. Pylore perméable, peut-être incomplètement.

25-12-19. — Intervention : Gastro-entérostomie postérieure transméocolique avec décollement colo-épiploïque. Bouton anastomotique.

27-12-19. — Une petite suppuration s'est faite à la paroi qui est longtemps à se cicatriser. Pas de troubles de la circulation des aliments à travers l'estomac et à la faveur de cette perméabilité retrouvée, le malade se met à engraisser. Cependant diarrhée fréquente et incoercible tous ces jours-ci.

15-4-20. — N'a plus eu ni douleurs abdominales ni intestinales depuis son opération. Reprise de l'appétit et de l'ali-

mentation normale. Etat général excellent; dit ne s'être jamais si bien porté. Pèse 67 kilogs, a donc grossi de 18 kilogs en 4 mois.

15-6-20. — LE MALADE A ENGRAISSÉ DE 24 KILOGS.

Etat général excellent. Alimentation normale. Très gros appétit, boit du vin, mange de la viande, de la salade, sans aucun trouble digestif. Selles normales tous les jours. Aucune douleur épigastrique. Disparition complète des coliques.

OBSERVATION II

P..., 79 ans. Entre le 9-2-20.

Le malade vient à l'hôpital parce qu'il vomit.

H. P. Bonne santé habituelle.

Il y a deux mois seulement, le malade sent ses forces décliner. Il maigrit et il vomit. Parfois, il a remarqué dans ses vomissements, des aliments ingérés la veille. Jamais il n'a vu de sang. Il n'a pas remarqué non plus que ses selles étaient noires. Le malade a conservé son appétit. Il n'a aucune anorexie élective.

A l'examen : A l'inspection on constate un peu de tension intermittente. Pas de contractions antipéristaltiques. Tumeur mobile avec la respiration à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La palpation est un peu douloureuse à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Tumeur qui semble s'être allongée dans le sens transversal et paraissant faire partie de la petite courbure.

24-2-20. — Laparotomie sus-ombilicale médiane. Tumeur très volumineuse occupant la petite courbure et descendant sur le pylore. Gastro-entérostomie postérieure transémésocolique au bouton.

10-3-20. — Les suites opératoires ont été des plus favorables à la suite du rétablissement opératoire de la circulation gastro-intestinale.

Mai 1920. — Le malade s'est remis à manger. Il ne souffre plus et ne vomit plus. Les deux premiers mois après son opération, il avait engraisé de 5 à 6 kilogs. Puis insensiblement la cachexie a repris, les membres inférieurs ont enflé et l'amaigrissement a recommencé. Mort le 1^{er} juin 1920, mais sans souffrances.

OBSERVATION III

C..., 76 ans.

Malade envoyé par M. Bonnamour, pour tumeur présumée pylorique. Aurait été soigné à l'hôpital St-Pothin il y a 3 ans : avait de l'œdème des membres inférieurs.

L'affection actuelle remonte à 3 mois, époque à laquelle le malade a commencé à souffrir du ventre, douleur qui, dès le début, aux dires du malade, paraît avoir été diffusée à tout l'abdomen. Depuis ces trois mois, le malade n'a jamais vomi. Les digestions ne paraissent avoir été ni longues ni difficiles. Mais amaigrissement notable : 10 kilogs en 3 mois. Pas de répugnance pour les graisses.

A l'examen. Malade assez bien conservé. Le teint n'est pas cachectique. Le ventre est moyennement ballonné. Pas d'ascite, quelques ondes péristaltiques intestinales de temps à autre.

A l'exploration par le palper, on perçoit une petite masse irrégulière paraissant plutôt superficielle, de la dimension d'une petite noix, siégeant à la limite de l'épigastre et de l'hypochondre. Pas de ganglion de Troisier.

Le 2-9-19, examen radioscopique. On voit, à la base gauche, une ombre de la grosseur d'une orange accolée d'une part à l'ombre cardiaque, indépendante de la paroi thoracique qu'elle avoisine, cependant limitée en haut par un contour très net. Vue en transverse, cette ombre siège sur le versant postérieur de l'hémi-diaphragme gauche.

Estomac. Très grosse rétention à jeun. Grosse poche à air.

Le lait de bismuth dessine un estomac de très grandes dimensions, sans cependant qu'on puisse parler de dilatation vraie, mais plutôt de dilatation commençante. Le bas-fond atteint le détroit supérieur.

La mobilité stomacale paraît à peu près normale. La motricité est diminuée. La palpation forte révèle simplement quelques zones péristaltiques. Il n'est pas possible de voir le passage pylorique. Pas de douleurs au niveau de l'image. Pas de lacune nette. Pas d'autres images pathologiques.

Le 4 septembre 1919, gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton, sous anesthésie au chlorure d'éthyle.

Novembre 1919. — Après l'opération, la douleur a complètement disparu, le malade s'est remis à manger. En deux mois, il a engraisé d'une dizaine de kilos : il se croit complètement guéri.

Janvier 1920. — Depuis un mois, l'amaigrissement a recommencé : de l'œdème des membres inférieurs a apparu. Pas de douleurs gastriques, pas de vomissements. Mort 5 mois après son opération.

IV.- Technique opératoire

La gastro-entérostomie se fait actuellement en anastomosant la face postérieure de l'estomac avec la première anse du jéjunum, en passant à travers le mésocolon transverse. C'est l'opération de von Hacker : gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, réalisée sur les malades dont nous avons publié l'observation.

On se servira de l'anesthésie locale : cocaïne ou chlorure d'éthyle. Dans les trois cas que nous citons, le Docteur Patel a obtenu une anesthésie suffisante. D'ailleurs les vieillards semblent beaucoup moins impressionnables à la douleur que les adultes.

L'incision de laparotomie sus-ombilicale médiane a sa limite inférieure aussi haut que possible au-dessus de l'ombilic. On palpe ensuite l'estomac, ses orifices ; sa face postérieure est reconnue par un doigt passé au travers d'une brèche de l'épiploon gastrocolique. Ce palper devra être fait avec la plus grande douceur, bien des ulcères calleux ne demandant qu'à saigner ou à se fissurer.

Faire une ponction au bistouri sur toute l'épaisseur de la paroi jéjunale d'une part, gastrique de l'autre. L'orifice mesure à peine un centimètre et demi de longueur. L'anastomose se fera par le bouton de Jaboulay, en quelques minutes. Le principe consiste à faire pénétrer les deux parties de ce bouton, la partie mâle et la partie femelle, par les petits orifices faits précédemment, grâce à une fente latérale siégeant sur le bouton. Son introduction rappelle celle de certains boutons de manchette.

La muqueuse tend à s'éverser à l'extérieur. Le bouton tenu par la pince est présenté au niveau de sa fente latérale, perpendiculairement à l'orifice de l'intestin. Par un mouvement de rotation il pénètre à moitié. A ce moment la pince est relevée et, continuant la rotation on fait pénétrer le tout dans la lumière intestinale. Seule la chemise dépasse, maintenue par la striction qu'exerce l'orifice intestinal dont le pourtour s'est distendu. La boutonnière pour l'intestin est facile à réaliser. Pour l'estomac, la ponction de la muqueuse présente certaines difficultés, cette muqueuse fuyant devant le bistouri. Il faut enfoncer la pointe bien verticalement, et ponctionner, le tranchant en l'air. La muqueuse est ainsi chargée sur le tranchant, qui la coupe en revenant de dedans en dehors. S'assurer que le bouton ne pénètre pas entre la muqueuse et la musculuse. On est certain que la paroi est toute entière traversée en voyant le bourrelet de la muqueuse faire saillie aux lèvres de l'orifice. Saisir cette saillie avec une pince pour l'empêcher de fuir devant le bistouri.

Il ne reste plus dès lors qu'à emboîter les deux demi-boutons l'un dans l'autre, la partie mâle dans la partie

femelle, très solidement. Fixer ensuite la brèche mésocolique à la ligne de jonction de l'estomac et du jéjunum. Grâce au bouton de Jaboulay, la réunion gastro-intestinale, parfaite, ne demande que quelques minutes. L'air là, se trouve écartée en grande partie, cette grosse objection du shock opératoire, particulièrement redoutable chez les vieillards.

L'expérience a prouvé que la gastro-entérostomie devait être à boucle très courte, et la direction de l'anse jéjunale très oblique de haut en bas et de droite à gauche.

Comme soins consécutifs à l'opération : le soir une injection de 0,01 de morphine pour calmer les douleurs et assurer l'immobilité de l'intestin. Injecter 500 gr. de sérum artificiel dans les premiers jours. Au troisième jour s'il n'y a pas eu de selle spontanée, donner 30 grammes de sulfate de soude ou de l'huile de ricin.

Ainsi ce que l'on redoutait n'existe plus. Les accidents de l'anesthésie ne se produisent plus du fait de l'emploi de l'anesthésie locale. Quant au shock opératoire, il est réduit au minimum, puisque l'opération grâce au bouton de Jaboulay ne dure qu'une quinzaine de minutes.

A. — *Résultats immédiats*

L'amélioration résultant d'une semblable opération est évidente. En effet elle est :

a) Mécanique : diminution de la stase gastrique et de la dilatation;

b) Fonctionnelle : cessation de la douleur, des vomissements, des hémorragies ;

c) Chimique : réduction de l'hypersécrétion et neutralisation de celle-ci par le reflux biliaire et pancréatique.

En somme, après l'opération, les malades peuvent s'alimenter. A vrai dire, du fait de cette opération, l'estomac ne se transforme pas en un simple entonnoir se déversant directement dans le jéjunum. Ces conditions du transit sont améliorées, mais le séjour gastrique des aliments n'est pas supprimé et un néo-pylore de contrôle tend à s'établir. Et cela limite l'action de la gastro-entérostomie.

B. — *Résultats éloignés.*

L'anastomose gastro-intestinale, n'a évidemment, dans le cancer, qu'une valeur palliative, dérivant le cours des matières et leur évitant le passage obstrué. Elle combat la dénutrition en maintenant, par voie détournée, la circulation alimentaire. Elle diminue les hémorragies et ralentit les progrès du mal en épargnant au néoplasme l'irritation produite par le passage des matières ou leur stagnation. Elle diminue, parfois même supprime la douleur, fait cesser les vomissements et donne au malade, pour quelque temps, quelques années parfois, l'illusion de la guérison. Du fait de l'opération, le cancéreux achève ses jours dans des conditions absolument différentes.

Pour ce qui est de la sténose pylorique résultant d'un ulcère, la gastro-entérostomie est, au contraire, vrai-

ment curative, puisqu'elle produit un nouveau pylore, mieux placé, supprimant pour cette raison la rétention gastrique. Il ne s'agit plus, comme précédemment, d'un tissu morbide voué au progrès continu, à la récurrence, à la généralisation. C'est ce qui explique que l'on ait eu dans ce cas de véritables résurrections: « Je ne me suis jamais aussi bien porté », dit le malade de l'observation n° 1. En effet, il a regagné 24 kilos. De maigre, il est devenu presque gras. Il considère, à juste titre, le chirurgien qui l'a opéré comme son sauveur.

VI.- Avantages de la Gastro-entérostomie

Pour bien juger des avantages de la gastro-entérostomie, voyons quel est le sort des malades atteints de sténose pylorique, abandonnés à eux-mêmes.

Présumons, pour commencer, le cas des ulcères. L'ulcère, à vrai dire, peut guérir cliniquement à tous les âges. Il semble cependant que cette guérison s'observe plus rarement dans la vieillesse. Mais le plus souvent la mort se produit, résultant des complications habituelles, complications qui sont :

a) La perforation, produisant une péritonite presque toujours mortelle. « La perforation, écrit Ball, dans sa thèse de Paris, c'est la mort. La temporisation, c'est la mort. Seule une opération précoce peut peut-être sauver le malade. Il faut toujours la tenter, même au risque d'une erreur de diagnostic »;

b) L'hématémèse, cause parfois de mort foudroyante;

c) La cachexie, due, soit à la sténose qui empêche l'ali-

mentation du malade, soit à des hématoméses répétées, soit à des suintements hémorragiques inaperçus;

d) La cancérisation :

Le pronostic de l'ulcère est donc de ce fait assez sombre. De plus « La gravité de cette affection survit à la guérison, attendu que sa cicatrice est souvent le siège d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidents et ont le danger de la maladie »; cette conclusion de Cruveilhier reste toujours l'expression de la vérité. On comptera toujours aussi, avec la cancérisation de l'ulcus qui apparaît de jour en jour plus fréquente.

Après Brunton et Lebert, les classiques répètent tous que le pronostic de l'ulcère est plus grave chez les vieux que chez les jeunes.

Pour Hayem et Lion, il présente, à cette époque de la vie sa plus grande gravité et la mortalité la plus élevée.

La cachexie et la dénutrition des ulcéreux vieux sont d'un pronostic grave. Il pourrait s'améliorer, car, avec un diagnostic exact, il est à espérer que l'on pourra ne plus abandonner dans un coin, avec un pronostic désespéré, tel malade que l'on eût pu sauver.

Citons, pour terminer ces considérations sur l'ulcère, la conclusion de la thèse de Rivière :

« Les ulcères chroniques, surtout la forme calleuse, qui n'ont aucune tendance à la cicatrisation et peuvent toujours être cause d'accidents pour le malade, sont une indication absolue de l'opération ». Suit une statistique de 169 observations, d'opérations dans des cas d'ulcères. 20 ont été pratiquées sur des sujets de plus de 50 ans.

Nous avons jugé intéressant de citer quelques observations ou opinions qualifiées, qui montrent l'avantage qu'il y a à opérer les vieillards en cas de sténose pylorique. La dernière observation, tout particulièrement, montre les bons résultats chez une femme âgée, de l'opération qui nous occupe.

OBSERVATION XXXXV

Letulle, *P. M.* p. 33, 1894.

En 1885, en arrivant à l'hôpital Saint-Antoine, je trouvai au milieu des malades chroniques laissés par mon prédécesseur un pauvre vieux cachectique, classé : cancer de l'estomac avec tumeur épigastrique : homme de 55 ans, malade depuis environ 18 mois, pâle, émacié, ne digérant aucun aliment, supportant à peine le lait, malgré une conservation assez nette de la faim. Il vomissait à tout propos sans grande souffrance et s'épuisait à vue d'œil. En outre, la palpation permettait de sentir, à l'épigastre, sur les confins de l'hypochondre droit, un empatement profond, dur, mobile, avec les mouvements du diaphragme.

Au bout de 3 ou 4 semaines, nous arrivions à examiner ce malade, un peu surpris de ne le point avoir vu terminer plus vite sa lamentable existence. Quelle n'était pas notre surprise quand, au bout de 2 mois, nous constations une grande amélioration : le cancéreux engraisait !

Au bout de six mois, il avait récupéré 3 kilogs. Au bout d'un an, notre ancien cachectique était devenu un homme

assez solide, assez musclé pour se lever, aider un peu dans le service, manger et vivre comme tout le monde.

Ce succès inespéré nous avait permis de rejeter le diagnostic de cancer de l'estomac, en acceptant l'hypothèse d'un ulcère simple cicatrisé. D'autant mieux que la tumeur épigastrique avait disparu, dissimulée, cela était certain, sous la graisse de la paroi abdominale.

Un jour, 14 mois après mon arrivée, nous le trouvons les yeux excavés, le pouls précipité, le ventre ballonné, douloureux à l'excès. Les vomissements étaient incoercibles : une péritonite mortelle se déclare.

L'autopsie donne le dernier mot du problème. Il existait un vieil ulcère simple de la région pylorique antérieure. Large d'environ 2 centimètres, profonde, taillée à pic, l'ulcération avait des bords calleux, épais de plus de 1 centimètre; son fond reposait contre l'épiploon gastro-hépatique épaissi et sclérosé, et adhérait en grande partie à la face inférieure du foie. Il en résultait un placard inflammatoire chronique, englobant sur une surface de 5 à 6 centimètres, la face antérieure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique rétracté, d'où la soi-disant tumeur perçue au commencement de l'observation.

Cette observation nous a semblé intéressante. Si, comme nous le préconisons, ce malade avait été, malgré son âge assez avancé, opéré systématiquement du fait de la sténose, il eût probablement survécu.

Pathault, dans sa thèse de 1907, émet son opinion au sujet de la gastro-entérostomie :

« Autrefois, le malade, abandonné à lui-même, mourait d'inanition, la sténose se resserrant de plus en

plus. Tel est le cas d'Andral : le malade s'affaiblit rapidement et succomba sans agonie 15 jours après son entrée. Tel est aussi le cas de celle de Gallard qui mourut d'inanition dans une émaciation extrême. Beaucoup d'observations de sténose s'accompagnent de tumeur appréciable. Ces cas sont actuellement les cas les plus favorables à l'intervention chirurgicale. « La gastro-entérostomie, en particulier, soulage le malade et permet la guérison de l'ulcus ».

Soupault publie deux observations; dans la première, il s'agit d'un rentier de 68 ans, présentant des phénomènes d'ulcères, avec sténose. L'opération est pratiquée par Hartmann : mort par fièvre urineuse.

Dans la seconde, il s'agit d'un malade de 66 ans. Le diagnostic est difficile. Hartmann exécute le 25 mai une gastro-entérostomie mésocolique. Le malade meurt le 10 novembre, soit près de 6 mois plus tard.

Deux observations nous ont semblé intéressantes.

OBSERVATION XXIX

(Résumé)

Eiselsberg, *Arch. für Klin. Chirurgie.*, 188, T. XXXIX.

C..., Catherine, 55 ans. Depuis 30 ans, présente des troubles gastriques, vomissements sans hématomèses. On diagnostique, en raison de la sensation vers la région pylorique d'une tumeur mobile du volume d'un œuf de poule : carcinome. Opération le 26 mars 1887.

La malade sort guérie 5 semaines plus tard. La partie excisée est de la sténose cicatricielle du pylore, suite d'un ulcère simple de l'estomac.

OBSERVATION XXX

Résumé

Pantaloni in *Thèse de Haguer, Paris, juillet 1904, p. 89.*

Femme de 62 ans. A des troubles gastriques depuis 2 ans. Actuellement, état misérable; aspect d'une cancéreuse cachectique, car toute alimentation était impossible. Vers la partie droite de l'épigastre, on perçoit une tuméfaction dure, immobile. On diagnostique unanimement : cancer.

Opération le 20 janvier. Gastro-entérostomie rétrocolique postérieure. C'était un ulcère calleux prépylorique avec sténose pylorique. La malade sort guérie le 15^e jour.

Nous ne saurions mieux faire pour terminer que de citer la conclusion de M. A. Mathieu, dans son article sur l'ulcère des gens âgés :

« Quelle conclusion, au point de vue thérapeutique, tirer de cet exposé? Rien de particulier en ce qui concerne le traitement médical de l'ulcus chez le vieillard, mais quelque chose d'important au point de vue chirurgical, car il ne faut pas tomber dans une faute que j'ai à me reprocher pour plusieurs malades. Il ne faut pas les laisser mourir par les progrès de la sténose pylorique, sous prétexte qu'ils doivent avoir une sténose cancé-

reuse, parce que ce sont des gens âgés. Cela m'est arrivé plusieurs fois et cela m'a éclairé sur ce que je devais faire ultérieurement. Il ne faut pas, parce qu'un homme a atteint 60 ans par exemple, s'il présente des phénomènes de sténose pylorique, conclure d'emblée qu'il s'agit d'un rétrécissement cancéreux pour lequel une opération grave n'apportera probablement qu'une amélioration momentanée. Il faut songer à la possibilité de lésions cicatricielles sténosantes, d'origine ulcéreuse et par la fausse idée d'un cancer qui n'existe pas, ne pas laisser mourir sans le secours chirurgical des malades qu'on aurait pu guérir par la gastro-entérotomie, opération que plusieurs d'entre eux seraient capables de subir avec succès en raison de l'état général de leur santé et de leur résistance vitale. »

CONCLUSIONS

I. — La sténose pylorique, assez fréquente chez le vieillard, provient soit d'un ulcère, soit d'un cancer. Souvent d'ailleurs, vers 60 à 70 ans, l'ulcère subit la transformation cancéreuse. Outre les deux formes, on a toutes les transitions, si bien que le diagnostic entre les deux affections devient souvent impossible. Chez le vieillard, ce sont surtout les symptômes généraux qui passent au premier plan : dénutrition, amaigrissement. La sténose pylorique, cause d'inanition et de cachexie, est d'un très sombre pronostic.

II. — Il est possible d'opérer, avec succès, les vieillards atteints de sténose pylorique, s'ils ne sont ni trop cachectiques, ni diabétiques, ni albuminuriques, et s'ils ne présentent pas d'autres diathèses.

III. — Etant donné l'âge des malades, l'opération doit être particulièrement rapide, le shock opératoire réduit au minimum; anesthésie locale à la cocaïne ou au chlorure d'éthyle. Puis gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay, ne néces-

silant aucune suture. La durée de l'opération est de 15 minutes environ.

IV. — Les résultats dans ces conditions sont satisfaisants. Dans les cas de cancer on obtient des cas de survie de plusieurs mois avec cessation de la douleur, des vomissements, relèvement de l'état général. Dans les cas d'ulcère surtout, on peut avoir de véritables résurrections.

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIC.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Juin 1920.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BARD. — Cancer des vieillards. *Semaine Médicale*, 24 août 1904.

BATTANDIER. — Considérations sur l'ulcère simple de l'estomac chez les sujets âgés. *Thèse de Toulouse*, juillet 1905.

BEAURAIN. — Ulcère des vieillards. *Revue Médicale de Normandie*, 10 mai 1907.

CADE et BRETTE. — De l'ulcère des vieillards. *Art. du Lyon Médical*,¹ 25 mars 1920.

COCAIGU. — De l'ulcère gastrique des gens âgés. *Thèse Montpellier*, 1911.

GAYET. — Le traitement du cancer de l'estomac. *Revue de Chirurgie*, 1904.

GOJANSKY. — Vieillesse et opérations chez les vieillards. *Thèse Paris*, 1894-1895.

JOGOD et DÉNECHAUD. — L'ulcère tardif et le cancer des gens âgés. *Archives Médicales d'Angers*. 29 sept. 1908

MATHIEU. — Ulcère gastrique chez les vieillards. *Gazette des hôpitaux*, 19 février 1914.

PATEL. — Précis de chirurgie journalière.

PATHAULT. — L'ulcère de Cruveilhier. Son évolution chez les gens âgés.

A. PIC et S. BONNAMOUR. — Précis des maladies des vieillards.

RIVIÈRE. — *Thèse de Lyon*, 1906.

SABATIÉ. — L'ulcère des vieillards. *Thèse de 1901*.

Table des Matières

Introduction	7
I. — De la sténose pylorique chez les gens âgés. Caractères généraux	9
II. — De la possibilité d'opérer avec succès les vieillards de la gastro-entérostomie	13
III. — Observations	17
IV. — Technique opératoire et résultats	23
VI. — Avantages de la gastro-entérostomie	28
VII. — Conclusions	35
Bibliographie.....	37
